

# När döden blir en börda

## Hur sjuksköterskan hanterar sorgen som kan kännas efter en patients död

FÖRFATTARE	Ulrika Andertun Cecilia Nordlindh
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad  HT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Monica Moene
EXAMINATOR	Margareta Mollberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	När döden blir en börda
Titel (engelsk):	When death becomes a burden
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp Examensarbete i omvårdnad OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	21 sidor
Författare:	Ulrika Andertun Cecilia Nordlindh
Handledare:	Monica Moene
Examinator:	Margareta Mollberg

---

## SAMMANFATTNING

En av sjuksköterskans uppgifter efter en patients död är att finnas som stöd för patientens närstående. Sjuksköterskan ska hjälpa dem att bearbeta sorgen och bidra till en känsla av meningsfullhet. Detta kan vara en krävande arbetsuppgift och det är en utmaning för sjuksköterskan att inte involvera sig allt för mycket känslomässigt. Syftet med denna uppsats var att ta reda på hur sjuksköterskan hanterar sorgen som kan kännas efter en patients död. Metoden som användes för att uppnå syftet var en litteraturöversikt med avsikt att få en överblick över forskningsområdet. Resultatet visar att hanteringen av sorgen är unik och skiljer sig mellan individer. Fyra teman framkom; Resurser, Professionell distans, Erfarenhet och Humor. Resurserna innefattar stöd från kollegor, familj och vänner samt den inre förmågan att hantera sorgen. Omgivningens stöd hjälper och inger trygghet. I den svåra situationen underlättar det att prata med kollegor, främst informellt. Allra bäst är det om man delat upplevelsen. Vilken attityd och vilka tankar sjuksköterskan har omkring döden påverkar också hanteringen. Att upprätthålla en professionell distans till patienten och att ibland ta till humorn är positivt. Erfarenheten inger också trygghet. Uppsatsen tydliggör ett behov av mer forskning inom området. Det behövs också undervisning i detta ämne i sjuksköterskeutbildningen.

Uppsatsen riktar sig främst till sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter som ställs inför mötet med döden och som önskar en förståelse för hur sjuksköterskan hanterar sina egna känslor efter en patients död.

**Nyckelord:** Nurse, Death, Experience, Grief, Coping

INLEDNING .....	4
BAKGRUND .....	4
DÖDEN .....	4
SJUKSKÖTERSKAN OCH DÖDEN .....	5
SORG .....	5
SJUKSKÖTERSKAN OCH SORGEN .....	6
PROBLEMFORMULERING .....	7
SYFTE .....	7
METOD .....	7
DESIGN .....	7
DATAINSAMLING OCH URVAL .....	7
Inklusions- och exklusionskriterier .....	8
DATAANALYS .....	9
ETISKA ASPEKTER .....	9
RESULTAT .....	9
RESURSER .....	10
Yttre resurser .....	10
<i>Kollegor</i> .....	10
<i>Familj och vänner</i> .....	11
Inre resurser .....	11
PROFESSIONELL DISTANS .....	12
ERFARENHET .....	13
HUMOR .....	13
DISKUSSION .....	14
METODDISKUSSION .....	14
Datainsamling och analys .....	14
Inklusions- och exklusionskriterier .....	14
RESULTATDISKUSSION .....	15
SLUTSATS .....	18
KLINISKA IMPLIKATIONER .....	18
REFERENSER .....	19
BILAGOR	
1 Artikelpresentation	

## **INLEDNING**

Döden är för många ett begrepp som väcker känslor. Även om alla är medvetna om att vi en dag kommer att möta den så undviker kanske många att tala om den. Sjuksköterskan upplever döden oftare än de flesta andra yrkeskategorier, vilket kan vara påfrestande och känslösamt. Som blivande sjuksköterskor är just detta ämne något som vi reflekterat över. Snart väntar arbetslivet och det förväntas av oss att vi ska kunna ge god omvårdnad, tröst och stöd till patienterna. Vi kommer att vara med om dödsfall och trots liten erfarenhet ska vi hantera detta professionellt och finnas där som stöd för patientens närstående. Under vår utbildning har vi inte fått undervisning i hur vi som blivande sjuksköterskor ska hantera sorgen vi själva kanske kommer att känna efter en patients död. Vi känner oss oförberedda för uppgiften och tror att det kommer bli en stor utmaning.

## **BAKGRUND**

Över hela världen och i alla kulturer sker vården av en död patient genom särskilda seder och ritualer. Många av dessa sträcker sig flera hundra år tillbaka i tiden (Mathisen, 2005). Förr ansågs döden vara ett naturligt inslag i livet och barnen fick tidigt möta den i hemmet där den döende ofta vårdades. Idag ser det annorlunda ut, då de allra flesta personer dör på sjukhus eller på andra vårdinrättningar (Birch, 2001). De känslor som kan uppstå vid ett dödsfall skapar ett behov av att ha något konkret att hålla sig till och det är på detta sätt olika seder och ritualer har skapats. Dessa ger den dödes närstående en mall för hur man skall agera och bete sig i svåra situationer, vilket skapar en trygghet. Trots att flera av dessa än idag lever kvar har mycket förändrats i takt med samhällets utveckling och det är inte enbart negativt. Förr var det t.ex. bara kvinnor som fick gråta och visa sin sorg inför andra. Det var också tradition att både unga och gamla skulle titta på den döda personen för att ta farväl, vilket för flera, kanske främst barnen, var en skrämmande upplevelse. Döden och den sorg som kan uppstå vid ett dödsfall var en gemensam angelägenhet för alla som kände den döda personen. Idag är det inte längre en social händelse utan en privat. Många undviker att prata om och tänka på döden då detta blivit något skrämmande. Denna inställning som råder gentemot döden leder till att både den döende människan och dennes närstående är mindre förberedda att möta den (Mathisen, 2005).

## **DÖDEN**

Enligt Socialstyrelsen (SOSFS 2005:10) bedöms en människa som död när samtliga funktioner i kroppen har slutat upphöra i hjärnans alla delar. Döden skall fastställas med hjälp av ett antal kriterier av en legitimerad läkare. Dessa kriterier indelas i indirekta och direkta. För att fastställa ett dödsfall genom indirekta kriterier görs en klinisk undersökning för att kunna konstatera ett bestående hjärt- och andningsstillestånd som har resulterat i hjärninfarkt. De direkta kriterierna kräver minst två kliniska neurologiska undersökningar där ett antal punkter måste uppfyllas.

När döden är nära avtar kroppens biologiska funktioner successivt, för att till slut helt upphöra. Kroppens blodcirkulation börjar svikta, vilket kan visa sig genom blåaktiga fläckar på händer och fötter, pulsen blir oregelbunden och blodtrycket sjunker. Feber är ännu ett tecken till följd av att kroppen inte längre kan avge värme adekvat. Den döendes andningsmönster förändras och blir oregelbundet och långsamt. Andra

tecken är att förmågan att kunna kontrollera blåsa och tarm upphör. Slutligen upphör hjärtat att slå, andningen upphör och pupillerna blir stora och reagerar inte längre. Några av kroppens celler som förbrukar lite energi kan fortsätta fungera flera timmar efter att hjärtat slutat slå, t.ex. cellerna i skelettet och i huden, men till slut upphör även dessa att fungera (Birch, 2001).

## **SJUKSKÖTERSKAN OCH DÖDEN**

En av sjuksköterskans uppgifter är att hjälpa människor vid livets slut. Oavsett om döden är väntad, oväntad, efterlängtd eller fruktad, ska sjuksköterskan finnas där. I sjuksköterskans omvårdande arbetsuppgifter ingår att hjälpa de närstående att bearbeta sorgen och bidra till en känsla av meningsfullhet och hopp. Eftersom alla människor är unika är också deras behov av stöd olika. En del personer behöver en hand att hålla i medan andra vill sätta ord på det som hänt (Mathisen, 2001). Mathisen (2001) betonar att det är en krävande utmaning för sjuksköterskan att arbeta med döende patienter. Med hjälp av egna erfarenheter och vårderfarna handledare erhålls kunskap och kompetens.

En legitimerad sjuksköterska kan i vissa fall få tillstånd, av ansvarig läkare, att konstatera att en person avlidit, förutsatt att döden varit väntad. Det kan exempelvis förekomma vid arbete i hemsjukvården. När så är fallet ska sjuksköterskan i journalen dokumentera datum och klockslag för dödsfallet samt notera de närståendes ställningstagande till en eventuell obduktion. Om de närstående inte är närvarande ska de kontaktas snarast och bli informerade om dödsfallet. Är dödsfallet förväntat kan beskedet ges till dem på telefon (Lindqvist & Rasmussen, 2009). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall respekt för den avlidne patienten visas och hänsyn tas till dennes närstående. Den döde skall tas om hand på ett så värdigt sätt som möjligt, och närstående skall ges möjlighet att få närvara vid iordningsställandet av den döde. Finns särskilda önskemål gällande omhändertagandet skall dessa också beaktas och i största möjliga mån tillgodoses (Beck-Friis, 2011).

I samband med en patients död är känslor av förtvivlan, skuld och sorg inte ovanliga hos sjuksköterskan (Beck-Friis, 1990), eftersom han/hon ofta kommit både patienten och även ibland dennes närstående mycket nära (Lundin, 2005). Ibland upplever sjuksköterskor det svårt att möta sörjande närstående eftersom de själva känner oro och rädsla inför döden. Sjuksköterskorna har kanske inte haft möjlighet att själva reflektera och bearbeta egna tankar och känslor kring döden. Detta kan leda till att sjuksköterskan upplever ångest och obehag i samband med en patients död (Beck-Friis, 1990). Medvetenhet om dessa känslor är av betydelse för att kunna se bort från sig själv och istället fokusera på patientens behov (Lundin, 2005). Det är en utmaning för sjuksköterskan att lära sig att inte involveras och engagera sig för mycket för (Friedrichsen, 2005).

## **SORG**

Ottosson (2012) beskriver i Nationalencyklopedin att sorg är en efterreaktion av en förlust och en slags traumatisk kris (Ottosson, 2012). Sorg innefattar både de tankar och känslor som väcks vid en förlust av någon. Att sörja är en naturlig process men alla människor gör det på olika sätt (Rädda barnen, 2011). En del sörjer mer öppet än

andra, genom t.ex. gråt, medan andra väljer att bearbeta sorgen på ett mer aktivt sätt såsom fysisk träning. Några känner press från omgivningen att vara starka vilket kan resultera i att de inte kan sörja på det sätt de egentligen har behov av (Lindqvist & Rasmussen, 2009). Oavsett vilket sätt en individ sörjer på är det en process som förändras för var dag och kan ta mycket kraft och energi (Sjukvårdsrådgivningen, 2011). Vissa upplever trötthet, andra ilska medan några känner nedstämdhet. Det kan ta lång tid att komma ur sorgen, och tiden det tar beror bland annat på tidigare erfarenheter och det stöd som omgivningen kan ge. Genom att sörja kan förlusten bearbetas och känslan av smärta successivt minska (Rädda barnen, 2011).

## **SJUKSKÖTERSKAN OCH SORGEN**

När en livssituation upplevs svår finner de flesta olika sätt att hantera denna på för att klara sig igenom den. Förmågan brukar benämnas som coping och kan kortfattat beskrivas som olika sätt att hantera både yttre och inre krav (Albinsson & Strang, 2005). Begreppet brukar delas in i två olika typer; problemorienterad respektive emotionell. Problemorienterad eller extern coping innebär att individen fokuserar på det egentliga problemet och arbetar för att lösa detta. Målet är att försöka hitta lösningar eller lära sig nya beteenden för att klara av situationen. Emotionell eller intern coping innebär istället att individen försöker hantera de känslor som uppkommer. En del gör detta genom att undvika situationen, andra ägnar sig åt saker som skingrar tankarna medan några grubblar och ständigt tänker på det som hänt (Karlsson, 2007). Fortsättningsvis i uppsatsen kommer vi inte att använda oss av begreppet coping utan väljer att använda ordet *hantering*.

Karlsson (2007) menar att den mest avgörande faktorn för hur en individ påverkas av en svår situation är vilka resurser personen har inom sig. De brukar delas upp i tre kategorier; kunskap, inre resurser och socialt stöd. Ju mer kunskap man har om sig själv och sin omvärld desto lättare är det att förstå och hantera de krav som ställs. Kunskap stärker individens självbild vilket gör att individen upplever kontroll och känsla av att ha makt över sin omvärld. Den andra kategorin är inre resurser och innefattar en individs tankar, känslor och attityder. Personligheten hos en individ påverkar hanteringen av olika svårigheter och vissa personer är mer motståndskraftiga än andra. Den tredje och avgörande resursen är socialt stöd, som är starkt hälsofrämjande. Stöd från familj och vänner kan påverka hälsan positivt och inget trygghet (Karlsson, 2007).

Det är viktigt att stöd och hjälp finns att tillgå vid behov. Alla människor har inte lika lätt att öppna sig och prata om sina känslor, varken hemma eller på sitt arbete. Av denna anledning är det angeläget och av stor vikt att alla i arbetsteamet är lyhörda inför eventuella känslouttryck och reaktioner. Vissa arbetsplatser har som rutin att ha återkommande möten där personal träffas och kan prata av sig. Några arbetsplatser har dessutom som rutin att, efter en patients död, berörda sjuksköterskor samlas för att prata igenom händelsen och bearbeta den (Kolf, 2001; Beck-Friis, 1990). För att fungera optimalt i arbetet och klara av den press sjuksköterskan utsätts för är det också viktigt att måna om och prioritera sin egen hälsa. Exempel på detta kan vara god sömn, bra kost och motion (Kolf, 2001).

## **PROBLEMFORMULERING**

Under vår utbildning diskuteras sorg i samband med en patients död från ett anhörigperspektiv, och även hur vi som sjuksköterskor ska kunna ge stöd. Däremot saknas det undervisning i hur sjuksköterskorna själva ska hantera sorgen de kan känna när en patient har dött. Detta är anmärkningsvärt och en brist i utbildningen. Det är en utmaning för sjuksköterskan att ställas inför mötet med patients död eftersom han/hon i det sammanhanget ofta också ska vara ett stöd för de närstående. Det krävs att sjuksköterskan kan hantera sin egen sorg som kan upplevas i situationen. Hur sjuksköterskan hanterar detta är individuellt och kan ske på olika sätt. Vi vill undersöka hur dessa olika hanteringsmetoder kan se ut och vad sjuksköterskan upplever som hjälp när han/hon känner sorg efter ett dödsfall.

## **SYFTE**

Syftet var att belysa hur sjuksköterskan hanterar sorgen som kan kännas efter en patients död.

## **METOD**

### **DESIGN**

Författarna till föreliggande studie har valt en litteraturöversikt som metod för uppsatsen. Enligt Friberg (2006) är syftet med en litteraturöversikt att skapa en överblick över ett kunskapsområdes forskningsresultat, men också att skaffa sig kunskap inför en kommande forskning eller studie inom området. Segesten (2006) menar att det mest karaktäristiska för en litteraturöversikt är att söka vetenskapliga artiklar inom valt område, granska och analysera dessa och därefter sammanställa artiklarna.

Efter ett val av problemområde gjordes en första litteratursökning med avsikt att få en överblick över befintlig forskning. Tillräckligt med underlag fanns för fördjupning i det valda området och både problemformulering och syfte kunde fastställas. Efter den inledande datainsamlingen gjordes den mer specifika sökningen, med vårt syfte som utgångspunkt. Efter en begränsning av sökningen och en genomläsning av ett antal studier framkom slutligen sju relevanta artiklar som svarade mot syftet och som sedan kom att ligga till grund för analysen.

### **DATAINSAMLING OCH URVAL**

Litteraturöversikten utfördes genom artikelsökningar i databaserna Cinahl och PubMed. Dessa valdes då de är mest relevanta för ämnet och dessutom kände vi oss bekanta med dem. Sökorden som användes var bland annat nurse, coping, death och grief (Tabell 1). De artiklar som hade en titel och ett abstract som var relevant för vårt problemområde valdes. Därefter gjordes en manuell sökning på de författare som publicerat mycket i detta ämne, med förhoppning om att hitta fler intressanta artiklar. Artiklarna är kvalitativa och en är dessutom också kvantitativ.

**Tabell 1 – Databasinsamling**

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Vald artikel</b>
PubMed	nurse AND experience AND grief	170	Shorter, M. & Stayt, L C. (2010).
Cinahl	death AND nurse AND experience	312	Gerow, L. (2010).
Cinahl	death AND coping AND nurse	150	Hopkinson, JB. et al. (2004).
PudMed	nurse AND coping strategies AND grief AND experience	16	Rashotte, J. et al. (1997).
PubMed	nurse AND coping strategies AND death AND experience	32	Peterson, J. et al. (2010).
PubMed	nurse AND own grief AND death	32	Spencer, L. (1994).
Manuell sökning			McNamara, B. et al. (1995).

Samtliga artiklar har sammanställts i en litteraturmatriis för att skapa en överblick för både författarna till föreliggande studie och för läsaren. I matrisen presenteras kortfattat de valda artiklarnas titel, syfte, metod samt resultat (Bilaga 1).

### **Inklusions- och exklusionskriterier**

Kriterierna för artiklarna som söktes i Cinahl skulle vara ”peer reviewed”, alltså granskade av sakkunniga, och skrivna på engelska. Samtliga artiklar, även de från PubMed, skulle utgå från sjuksköterskans upplevelse av död och i ett vårdssammanhang. Målet var att hitta så aktuella artiklar som möjligt, men eftersom begränsad forskning var gjord inom området var det svårt, då det fanns få publicerade nygjorda studier. Efter diskussion, mellan författarna till föreliggande studie, beslutades det att även acceptera äldre artiklar från 1990-talet, eftersom vår avsikt var att beskriva en upplevelse efter ett dödsfall och att en sådan inte är särskilt tidsbunden. Hänsyn togs heller inte till land, vårdenheter eller dödsorsak eftersom syftet var att skildra en sjuksköterskas upplevelse i allmänhet. Ett val om att exkludera sjuksköterskestudenter gjordes, trots att det fanns forskning rörande deras situation. Vårt intresse låg i hur sjuksköterskan i sin profession hanterar sorgen och inte en person som ännu inte börjat arbeta inom sitt yrke.



## DATAANALYS

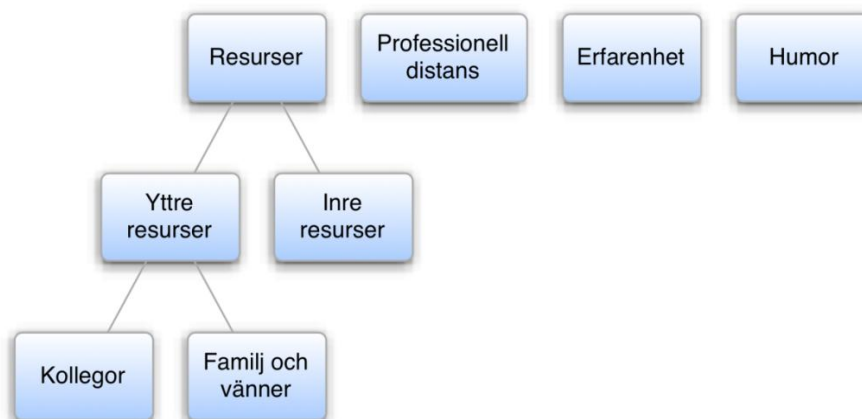
Enligt Fribergs (2006) rekommendationer skedde analysprocessen i flera steg. Artiklarna lästes först igenom flera gånger, av båda författarna till föreliggande studie, och en sammanfattning av artiklarna gjordes. Materialet analyserades på ett induktivt sätt och variation mellan artiklarna identifierades. Ett antal teman framkom genom att författarna, med hjälp av färgpennor, strök under olika hanteringsmetoder som sjuksköterskorna använde sig av vid sin sorg. Varje tema fick en särskild färg för att författarna till föreliggande studie tydligare skulle få en överblick över resultatet. Vid sammanställningen av artiklarna valdes de teman som var återkommande och dessa kom att utgöra rubrikerna i uppsatsens resultat.

## ETISKA ASPEKTER

Enligt Vetenskapsrådet (2012) får forskare aldrig felaktigt återge fakta och heller inte vilseleda. De måste vara ärliga med sina resultat som ska redovisas öppet, för att andra forskare ska kunna granska och upprepa forskningen. När detta gjorts kan den ses som vetenskapligt godkänd (Vetenskapsrådet, 2012). I majoriteten av artiklarna framkom det att hänsyn har tagits, ur ett etiskt perspektiv, till deltagarna i studierna. Anonymiteten har tillgodosetts och deltagarna har frivilligt medverkat. Då artiklarna inte var skrivna på vårt modersmål fanns en risk att språkliga missförstånd kunde uppkomma. För att minska den risken läste och sammanfattade vi alla artiklarna, var för sig, innan vi gjorde en gemensam sammanfattning. Översättningen av artiklarna från engelska till svenska gjordes med stor noggrannhet för att ytterligare minska risken för missförstånd. Citaten i resultatet är ordagrant återgivna.

## RESULTAT

Resultatet grundade sig på sju vetenskapliga artiklar. Genom en analys av artiklarnas resultat fann vi fyra huvudteman, *Resurser*, *Professionell distans*, *Erfarenhet och Humor*. Dessa utgör rubrikerna i vårt resultat. Resurser är indelade i *Yttre resurser* och *Inre resurser* och de förstnämnda i sin tur i *Kollegor* och *Familj och vänner*.



Figur: Figuren visar resultatets teman vilka utgör rubrikerna i resultatet.

## RESURSER

### Yttre resurser

#### *Kollegor*

De flesta sjuksköterskor uppgav att de upplevde ett stöd hos sina kollegor eftersom de tillsammans hade en gemensam förståelse av upplevelsen efter en patients död, inte minst när de varit involverade i samma patient (Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P-C., Kershek, S., et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009; Hopkinson, Hallett & Luker, 2004; McNamara, Waddell & Colvin, 1995; Spencer, 1994). Genom att de varit i liknande vårdssituation och upplevt liknande, hade de en speciell förståelse för varandras känslor och erfarenheter (Rashotte, Fothergill-Bourbonnais & Chamberlain, 1997) och kunde ge varandra råd (Peterson et al., 2010). På många arbetsplatser träffades arbetsteamet kontinuerligt för att diskutera och reflektera över det de upplevt, samt för att få utrymme att ventilera och sätta ord på sina känslor. Många sjuksköterskor uppgav dock att de möten som inte var formella, som t.ex. samtal i fikarummet, var de samtal som hjälpte dem mest (Shorter & Stayt, 2009; McNamara et al, 1995). Där var det lättare att våga öppna sig och prata om det de upplevt (Shorter & Stayt, 2009).

*"The support you give each other, the other colleagues you work with, know exactly what you're going through, so quite often an informal chat in the coffee room is just as therapeutic"* (Shorter & Stayt, 2009, s. 164).

I studien av Rashotte et al. (1997) uppgav flera sjuksköterskor att de hade ett behov av att prata med varandra om sina känslor och upplevelser i samband med en patients död. Ibland ville de prata direkt efter dödsfallet, särskilt om döden kommit oväntat eller varit dramatisk, men ibland hade de större behov av att få vara ensamma. Det som var viktigast för sjuksköterskorna var vetskapen om att det fanns möjlighet till att prata med någon om de hade behov för det. Det ingav trygghet. De mindre erfarna sjuksköterskorna hade svårare att dela med sig av sina känslor jämfört med de sjuksköterskor som hade mer erfarenhet av situationer med död. De mer erfarna uppgav att de hade lärt sig och insett nödvändigheten av att lära sig prata med sina kollegor, medan de mindre erfarna, som ännu inte kände helt och fullt förtroende för sina kollegor hade svårare att erkänna hur de mådde. Detta ledde till att ju längre tiden gick desto svårare blev det för dem att återuppta och samtala om dödsfallet med arbetskamraterna (Rashotte et al., 1997).

Sjuksköterskorna betonade vikten av att ha goda förebilder bland sina kollegor på arbetsplatsen under tiden för de första dödsfallen. En positiv förebild hjälpte på så vis sjuksköterskan att utveckla olika sätt att hantera dödsfallet. Vetskapen om att det inte var fel eller oprofessionellt att i vissa sammanhang våga visa sig ledsen eller gråta upplevdes befriande (Gerow, Conejo, Alonzo, Davic, Rodgers & Williams Domain, 2010; Peterson et al., 2010).

*"Mary and one of the other nurses pulled me aside and said it was OK to cry with the family... it lets the family know that someone cared about their loved one when they couldn't be there to take care of them. That made a big difference that it's OK to be emotional"* (Gerow et al., 2010, s. 126).

### **Familj och vänner**

En del sjuksköterskor upplevde att de kunde prata om sin sorg med sina familjer och vänner eftersom de kände ett stöd hos dem (Rashotte et al., 1997). Några av dem upplevde däremot att det var svårt att få en full förståelse för det de gått igenom på arbetet, då deras närstående inte kunde sätta sig in i situationen. Att dela sin sorg med den egna familjen och vänner, kunde istället inverka negativt på sjuksköterskan och många hade därför slutat att prata om dödsfallen hemma. Trots detta hade sjuksköterskorna förståelse för den kluvna situationen, att inte kunna dela sina upplevelser och känslor med egna närstående. De resonerade att det inte var nyttigt för familjen och särskilt inte för barnen, att höra om upplevelserna (McNamara et al., 1995).

*"We don't want to burden them with something they don't need to know. When I first started here I'd go home and tell the kids about it, thinking this is good for them, you know – educational, but then I thought this is really not fair and now I just leave them be"* (McNamara et al., 1995, s. 233).

Det fanns fördelar med att inte prata med sina egna närstående om sin sorg. Hemmet blev på så vis en plats för avkoppling och en fristad där de helt kunde släppa tankarna på sitt arbete (Rashotte et al., 1997; McNamara et al., 1995).

### **Inre resurser**

Flera av sjuksköterskorna berättade att de såg på döden som en del av livet. Döden var för dem en normal process och något oundvikligt (Gerow et al., 2010; Peterson et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009). Den blev en del av deras vardag och genom att se på den som något naturligt tyckte några att det på så vis blev lättare att hantera den (Shorter & Stayt, 2009).

*"I think it [death] comes to be part of your normal life, and you forget that for other people that don't work in the profession that it's not their normal life"* (Shorter & Stayt, 2009, s. 164).

Efter en patients död försökte sjuksköterskorna se det som att det var det bästa som kunde ske för patienten. Detta tänkesätt gjorde döden lättare att acceptera och hantera (Gerow et al., 2010; Peterson et al., 2010). Sjuksköterskorna beskrev också hur de hade satt upp gränser för hur mycket de fick gråta och under vilka omständigheter (Rashotte et al., 1997). Något som hjälpte många av sjuksköterskorna var en övertygelse om att patienten efter sin död skulle komma till en bättre plats (Gerow et al., 2010; Peterson et al., 2010). Vissa valde också att tala med en präst och andra fann tröst genom bönen. Att ha en tro upplevde många som stärkande (Peterson et al., 2010).

*"If you really needed to speak to somebody outside of the situation they might not be able to understand that much, but I really find comfort in praying, and just giving it to God and knowing that it's in His hands and not mine"* (Peterson et al., 2010, s. 436).

I studien av Rashotte et al. (1997) framkom det hur några sjuksköterskor upplevde det befriande att skriva ned sina tankar och känslor i en dagbok, medan andra

sjuusköterskor föredrog att göra detta mer offentligt. Exempel på det kunde vara att hålla i ett projekt som handlade om död eller sorg eller skriva artiklar i ämnet. Genom att sätta ord på sina känslor blev det lättare för sjuusköterskorna att hantera sorgen.

Att ägna sig åt olika aktiviteter på sin fritid, såsom att träna och vara ute i trädgården, var för många viktigt. De menade att detta var avkopplande och ett sätt för dem att inte tänka på sitt arbete. Aktiviteterna hjälpte dem att minska känslorna av sorg, även om det bara var tillfälligt och för en kort stund (Rashotte et al., 1997).

## PROFESSIONELL DISTANS

Flera av sjuusköterskorna uppgav att de hade lärt sig att inte fästa sig alltför mycket vid patienten för att sorgen inte skulle bli alltför stor efter patientens död (Peterson et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009; Rashotte et al., 1997). Att skilja mellan sitt ”yrkes-jag” och ”privat-jag” var något som flera talade om (Shorter & Stayt, 2009; Rashotte et al., 1997). De hade lärt sig att hitta en balans mellan att känslomässigt involvera sig och att hålla ett professionellt avstånd till patienten och dennes närstående, detta utan en försämrad vård för patienten (Peterson et al., 2010; Hopkinson et al., 2004; Rashotte et al., 1997).

*”Beacuse you cant’t get too emotional about things really – it makes me sound really cold... but a lot of the time, you do have to keep a distance in a way, because death happens so often on our unit. You’d be an emotional wreck if you let it bother you or affect you all the time”* (Shorter & Stayt, 2009, s. 164).

Att inte involvera sig för mycket känslomässigt var nödvändigt för att kunna fortsätta göra ett bra arbete för de övriga patienterna (Hopkinson et al., 2004). Sjuusköterskorna återkom ofta till hur viktigt det var att upprätthålla distans till patienten, annars var risken stor att de var sorgsna och nedstämda när de kom hem efter arbetet. Det var svårt för dem att veta vilken nivå de skulle lägga sig på utan att riskera engagera sig för mycket samtidigt som de inte ville uppfattas som kalla och känslolösa (Rashotte et al., 1997).

Rashotte et al. (1997) beskriver hur en del sjuusköterskor under patienternas vårdtid försökte se det som om alla i teamet var gemensamt ansvariga för patienterna, för att sorgen efter patienternas död skulle bli enklare att hantera. Flertalet kände på detta vis att sorgen delades mellan alla i teamet och de upplevde sig mindre ensamma efteråt.

*”Although over the years I’ve had certain patients that I looked after a lot and have become attached to, I’ve never been the type of nurse that, uhm, got overly possessive about my patients. They weren’t ‘my’ patients. They were patients that were in the unit and I just happen to be a nurse who happens to work in that particular unit”* (Rashotte et al., 1997, s. 383).

Vissa beskrev det som en ”skyddsvägg” som de valde att ha mellan sig själva och patienten, vilket medförde att sorgen efter patientens död inte blev lika djup. Det

skilde sig mellan sjuksköterskorna hur mycket distans de hade och hur tjock denna skyddsvägg var som de valde att ha (Gerow et al., 2010). Det krävde erfarenhet att veta vilken distans de skulle ha (Gerow et al., 2010; Peterson et al., 2010). Genom att upprätthålla det professionella avståndet kunde sjuksköterskorna fokusera på de grundläggande vårdbehoven. Det medförde också att det var lättare att "gå vidare" och fokusera på nästa patient (Peterson et al., 2010).

## **ERFARENHET**

Det var tydligt att det första dödsfallet sjuksköterskan mötte i sin karriär påverkade sättet att hantera sorgen efter patienters död (Gerow et al., 2010; Peterson et al., 2010; Rashotte et al., 1997). Om sjuksköterskan känt sig hjälplös och inte blivit stöttad vid det första dödsfallet kunde detta sätta djupa spår i honom/henne (Gerow et al., 2010; Rashotte et al., 1997). Gerow et al. (2010) talade om hur skuld känslor och andra negativa känslor då kunde påverka sjuksköterskan lång tid framöver. Däremot om sjuksköterskan fått stöd och inte känt sig ensam vid det första dödsfallet medförde det att han/hon vid de följande dödsfallen hade en annan inställning och kände sig mer trygg. I artikeln av Rashotte et al. (1997) framkom det att ju fler dödsfall sjuksköterskorna tagit hand om desto lättare blev det för de att hantera sorgen de kunde känna i de efterföljande.

Det framkom att sjuksköterskans upplevelser förändrades i takt med sin ökade erfarenhet. Från att vara sårbar och känslig gjorde erfarenheten att sjuksköterskan lärde sig att skydda sig själv och acceptera döden på ett nytt sätt (Gerow et al., 2010; Peterson et al., 2010; Rashotte et al., 1997). Flera sjuksköterskor berättade att de vuxit och förändrats som människor. De var tacksamma för erfarenheterna de fått då dessa lagt en grund för hur de hanterade döden och sorgen fortsättningsvis i arbetskarriären (Gerow et al., 2010).

## **HUMOR**

Sjuksköterskorna berättade om andra sätt och metoder som de använde för att fly från de svårigheter som många kunde uppleva i sitt arbete vid dödsbäddar (Hopkinson et al., 2004; McNamara et al., 1995). Att skämta och skratta om svårigheterna, även ibland om patienten, kunde kännas befriande (Hopkinson et al., 2004). De fick på detta sätt ge utlopp för sina känslor. Det var lättare att skämta och skratta istället för att gråta (Rashotte et al., 1997).

*"I think we've just got a very black sense of humour, because it's funny to us. It wouldn't be...if...we'd never discuss (the funny side of death) outside work because people wouldn't appreciate it... that in all this stress there was something you can... you can suddenly, just giggle... ... I suppose its one way of relieving stress"*  
(Hopkinson et al., 2004, s. 128).

Sjuksköterskorna var fullt medvetna om att det var en märklig metod de använde, att skämta om "det förbjudna" (Hopkinson et al., 2004) och därför betonade de vikten av att inte göra detta i närheten av patienten och deras närstående (Hopkinson et al., 2004; Rashotte et al., 1997). Några skämdes över metoden de använde (McNamara et

al., 1995), men de var övertygade om att det hjälpte dem att hantera sorgen (Hopkinson et al., 2004).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskan hanterar sorgen som kan kännas efter en patients död. En litteraturöversikt baserad på kvalitativa artiklar var en lämplig metod för att uppfylla syftet.

#### **Datainsamling och analys**

De databaser som användes var Cinahl och PubMed. Arbetet inleddes genom att först undersöka vad som fanns publicerat inom det valda ämnet genom en mer fri och spontan sökning. Ett konstaterande gjordes om att forskning fanns inom området och att det skulle vara möjligt att genomföra en litteraturöversikt enligt Fribergs (2006) modell. Detta val gjordes för att enkelt, med hjälp av vetenskapliga artiklar, kunna få en överblick över kunskapsområdets forskningsresultat. Efter ett klagörande av syftet kunde sedan lämpliga sökord väljas. Det tog tid att hitta passande sökord och i rätt kombinationer. Mindre lyckade sökningar gjordes i början, men enligt Östlundh (2006) är detta en del av sökprocessen och för att komma vidare är dessa nödvändiga. Alla träffar i sökmotorerna genomgicks grundligt. På vissa artiklar krävdes det läsning av både titel och abstract för att kunna avgöra om de var användbara, medan andra artiklar kunde kasseras genom att enbart läsa dess titel. Efter ett urval kvarstod ett antal artiklar som verkade intressanta och relevanta men efter noggrann läsning av hela artiklarna fick ytterligare några väljas bort då de inte svarade helt på syftet. En manuell sökning gjordes dessutom på en av referenserna till en vald artikel och denna kom att utgöra en av artiklarna. Flera av artiklarna kunde hittas i båda sökmotorerna, vilket styrkte litteratursökningens validitet. Alla var skrivna på engelska och lästes grundligt flera gånger av författarna till föreliggande studie, dels för att minska risken för missförstånd då engelska inte är modersmålet, men också för att på djupet förstå studiens resultat. Genomläsningen av artiklarna gjordes på ett induktivt sätt, det vill säga förutsättningslöst och med opartiska ögon. Granskningen utfördes genom att variationer identifierades främst i resultatdelen. Enligt Friberg (2006) presenteras vanligtvis resultatet i teman eller kategorier. Genom att därför sortera det innehåll som berörde samma sak under lämpliga teman skapades en överblick över olika hanteringsmetoder sjuksköterskorna använde sig av. Dessa teman kom sedan att utgöra rubrikerna i resultatet.

#### **Inklusions- och exklusionskriterier**

Studierna i artiklarna var gjorda i flera länder, på olika avdelningar och patienterna var i olika åldrar. Det var ett medvetet val att inte exkludera artiklarna på grund av detta. Vi betraktar sjuksköterskans hantering av sorg vid ett dödsfall, som något oberoende av var han/hon bor, vilken avdelning han/hon arbetar på eller vilka patienter han/hon möter. Medvetenhet finns dock om att t.ex. känslorna och sorgen när ett barn dör kan vara svårare att hantera jämfört med en äldre persons död och att längden på vårdtiden för en patient kan påverka vilken sorg man känner efter dennes död. Vi valde att inte begränsa oss eftersom vi ville fokusera på *hanteringen* av sorgen och inte hur en patients död *påverkar* en sjuksköterska.

Avsikten från början var att enbart inkludera artiklar från 2002 och framåt, men det visade sig att det inte gjorts mycket forskning inom området och att det därför var nödvändigt att även ta med artiklar från 1990-talet. Bristen på befintliga studier gjorde oss övertygade om att vi ville fördjupa oss i ämnet. Vi tror inte att artiklarnas ålder har påverkat resultatet, men vi är medvetna om att risk finns för detta.

Alla de artiklar som beskrev sjuksköterskans arbete med döende patienter och den sorg sjuksköterskan då kunde känna, valdes bort, eftersom de inte svarade på uppsatsens syfte. Det fanns nämligen mycket forskning och studier gjorda på hur sjuksköterskan hanterade den sorg han/hon kunde uppleva i kontakt med döende, men inte lika mycket om hur sorgen kunde hanteras efter döden. Under genomläsningen av artiklarna framkom det att sjuksköterskestudenter ibland var med i vissa studier. Dessa artiklar exkluderades då syftet med uppsatsen var att undersöka sjuksköterskans situation. Sju artiklar återstod som kändes relevanta och användbara. Sex artiklar var kvalitativa och den sjunde både kvalitativ och kvantitativ.

En brist i uppsatsen är att begreppet sorg inte är tillräckligt utvecklat. En önskan fanns om att få en djupare förståelse i sjuksköterskans sorg gällande att hantera en patients död, men det visade sig finnas bristfällig litteratur i detta ämne. Mycket finns skrivet om den anhöriges sorg som kan uppkomma vid ett dödsfall och om de faser som den sörjande genomgår. Det förekommer även mycket litteratur om hur sjuksköterskan ska kunna ge stöd och tröst till närstående. Det är mycket intressant att så lite finns skrivet om sjuksköterskans egen sorg som han/hon kan uppleva i arbetet. En känsla infinner sig, att det tas för givet att sjuksköterskan ska klara av att möta patientens död utan att påverkas av den, eftersom det ingår i professionen.

## **RESULTATDISKUSSION**

Uppsatsens syfte var att undersöka hur sjuksköterskan hanterar sorgen som kan kännas när en patient avlidit. Resultatet påvisar att sjuksköterskan använder flera olika sätt. Det framkom fyra teman; Resurser, Professionell distans, Erfarenhet och Humor.

Flertalet av sjuksköterskorna upplevde att kollegorna var ett stort stöd (Peterson et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009; Hopkinson et al., 2004; McNamara et al, 1995; Spencer, 1994) eftersom de arbetade i samma miljö och kunde relatera till varandras känslor (Rashotte et al., 1997). De flesta hade ett behov av att prata med kollegorna när en patient dött, framförallt i de mer informella sammanhangen på arbetsplatsen. Genom dessa spontana samtal upplevde många att de vågade tala om sina känslor mer öppet, jämfört med t.ex. ett arrangerat möte med chefen (Shorter & Stayt, 2009; McNamara et al, 1995).

Det kollegiala stödet visade sig vara en mycket vanlig hanteringsmetod som sjuksköterskan använde sig av. Stödet på arbetsplatsen är oerhört viktigt eftersom mycket tid tillbringas där. Det är inte förvånande att många upplever mindre uppstyrd samtal mer givande än större gruppträffar med exempelvis sin chef. Det faller sig naturligt att det är lättare att våga tala om sina innersta känslor för en eller två kollegor istället för i en möteslokal framför flera personer. Att just kollegorna kan vara ett stort stöd är kanske inte så underligt. Tillsammans möter de sjuka och

döende patienter vilket gör att arbetsteamet svetsas samman på ett speciellt sätt. Att arbeta på en vårdavdelning innebär att diskussion kring tunga ämnen förekommer, och kollegorna kan lära känna varandra på ett särskilt sätt när de "tvingas" blotta sina tankar och känslor. Dessa känsloladdade ämnen diskuteras förmodligen inte lika öppet på andra arbetsplatser då sjukdom och död inte är en vardag för dem. Att ständigt vistas i vårdmiljö gör att det blir naturligt att prata om saker som många i samhället kanske känner obehag inför. Kollegorna kan ge ett stöd som ingen annan kan ge, vilket gör det naturligt för sjuksköterskorna att vända sig till varandra. Det framkom dock i studien av Rashotte et al. (1997) hur de som arbetat en kortare tid på en vårdavdelning upplevde det svårare att våga prata om sina känslor eftersom de ännu inte kände fullt förtroende för sina kollegor (Rashotte et al., 1997). Att inte våga prata om sina känslor med sjuksköterskor man inte känner personligen är inte märkligt. Det kan ta tid.

I några av artiklarna framkom det hur sjuksköterskans familj och vänner kunde, respektive inte kunde, vara ett stöd för dem i deras sorg. Många gjorde ett medvetet val att inte prata om sin sorg därhemma eftersom de ville känna sig lediga från sitt arbete när de kom hem (Rashotte et al., 1997; McNamara et al., 1995). Det är förvånande att inte fler sjuksköterskor kände friheten i att kunna prata om sin sorg hemma i sina egna familjer och bland sina vänner. Det borde vara en självklarhet att kunna få ventilerat känslorna, prata av sig och få gråta ut hemma hos dem som står en närmast, men givetvis med sekretessen i åtanke. Tanken på att inte dela med sig av sin sorg hemma känns främmande. Att komma hem från en tungt känsloladdad arbetsdag och välja att inte dela med sig av den är för oss obegripligt. Trots detta inser vi dilemmat, eftersom många sjuksköterskor samtidigt beskrev sitt behov av den "arbetsfria" zonen hemma. Att kunna lämna alla tankar och känslor på sin arbetsplats och inte ta med dem hem kan för vissa vara ett bra sätt att koppla av på. Den arbetsbelastning sjuksköterskan möter kräver att denne har en förmåga att skilja mellan arbete och fritid. Risken är annars att arbetet följer med dem hem och att de aldrig helt släpper tankarna på det. Det är dock fortfarande svårt att helt förstå valet många sjuksköterskor i studierna gjorde; att inte dela med sig till sina närmaste om det som berört dem så djupt och påverkat deras dag.

Sjuksköterskorna beskrev flera olika sätt hur de såg på döden och vilka tankar som hjälpte dem att hantera dödsfallet. Normalisering av döden, en religiös tro och att aktivt fokusera på annat som kunde skingra tankarna, var några verktyg som sjuksköterskorna använde (Gerow et al., 2010; Peterson et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009; Rashotte et al., 1997). Även Karlsson (2007) beskriver hur vissa undviker den svåra situationen genom att aktivera sig på ett eller annat sätt (Karlsson, 2007). Eftersom döden är ett inslag i sjuksköterskans arbetsliv krävs det att han/hon lär sig styra sina tankar och känslor för att psykiskt klara av sitt yrke. Det råder inga tvivel om att det emellanåt är både tungt och svårt att lära sig detta. Om sjuksköterskan försöker tänka på döden som något naturligt och samtidigt påminner sig själv om att alla kommer att möta den, borde sjuksköterskan lättare kunna hantera en eventuell sorg efter en patients död. Lundin (2005) menar att det är lättare att fokusera på patientens behov om sjuksköterskan själv är medveten om sina egna tankar och känslor kring döden.

De inre resurserna är av stort värde eftersom sjuksköterskan inte alltid kan förlita sig på de yttre resurserna efter ett dödsfall. Kanske har inte alltid sjuksköterskan



möjlighet att prata med sina kollegor eller närstående. Det var förvånande att inte fler sjuksköterskor som var med i studierna redogjorde för hur de inom sig hade utarbetat en strategi att klara sorgen. Ett kollegialt stöd kan vara värdefullt och till stor hjälp när du väl känner sorg och behöver stöd, men för att sjuksköterskan själv ska kunna förebygga att inte känna djupare sorg, krävs att denne lär sig ett sätt att tänka och resonera kring döden. Kolf (2001) menar att det också är viktigt att sjuksköterskan tänker på sin egen hälsa för att kunna uppnå de krav som ställs på honom/henne i arbetet. Vi delar Kolfs (2001) uppfattning om denna prioritering. Att ägna sig åt sina fritidsintressen och olika aktiviteter kan säkert hjälpa sjuksköterskan att skingra tankarna för en stund. För att kunna vara professionell och ge god vård är det sannolikt en stor fördel om sjuksköterskan själv mår bra, både fysiskt och psykiskt.

Att hålla en viss distans till patienten under vårdtiden upplevde många som en viktig del i arbetet för att inte påverkas alltför mycket känslomässigt efter patientens död (Peterson et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009; Rashotte et al., 1997). Några sjuksköterskor beskrev avståndet de hade som en nödvändighet och som en slags skyddsvägg mellan sig själva och patienten och att denna var individuell. Att kunna avgöra hur tjock denna skyddsvägg skulle vara upplevde många sjuksköterskor som svårt eftersom de inte ville riskera att uppfattas som kalla och känslolösa (Gerow et al., 2010). Balansgången mellan att hålla distans och att vara känslomässigt involverad är förmodligen inte helt enkel, men Friedrichsen (2005) betonar vikten av denna eftersom risken annars finns att drabbas av utmattningsdepression. Som blivande sjuksköterskor kan vi förstå dilemmat som beskrivs i studierna och att det är svårare att upprätthålla balansen utan erfarenhet i yrket. Som nybliven sjuksköterska lär problemet inte vara att uppfattas som hård och kall, snarare att han/hon involverar sig för mycket känslomässigt. Det är naturligt att påverkas känslomässigt när en patient dör och det är mänskligt att känna sorg och empati för en annan människa. Som nybliven sjuksköterska utan större erfarenhet av dödsfall kan det inte förväntas att denne ska kunna veta hur tjock skyddsvägg som behövs. Detta kan ta olika lång tid, kanske tar det flera år att lära sig utveckla denna förmåga, år som kan vara både känslomässigt svåra och påfrestande för sjuksköterskan.

Samtidigt som det är en stor utmaning att kunna hålla distans kan det säkert vara minst lika svårt att lyckas bibehålla ett visst känslomässigt engagemang efter många år i arbetet. Sjuksköterskan blir kanske med tiden och erfarenheten så van att möta patienters död, att det till slut inte berör på samma sätt som tidigare. Kan detta leda till att sjuksköterskan vänjer sig så pass mycket att han/hon blir känslolös? Kan det gå så långt att sjuksköterskan blir likgiltig och att han/hon inte känner något alls när en patient dött? Det är frågor vi inte har svar på men det kan säkert förekomma hos en del erfarna sjuksköterskor, och denna utveckling är inte positiv. En känslolös och likgiltig attityd kan ge den dödes närstående en negativ upplevelse och dåliga minnen. Vi är medvetna om att även vi, med tiden och erfarenheten, troligen kommer att påverkas mindre känslomässigt. Detta behöver dock inte vara negativt. Att inte beröras och påverkas känslomässigt i samma grad är snarare ett tecken på professionalitet, men när det övergår till likgiltighet inför patientens närstående har det gått för långt.

I flera av artiklarna beskriver sjuksköterskorna just hur erfarenheten har gjort att de ser döden på ett nytt sätt och att de har utvecklats. Från att som känsliga nyblivna sjuksköterskor känna oro och sårbarhet inför döden har åren medfört att de blivit mer

stabila och trygga i sin roll när de möter den (Gerow et al., 2010; Peterson et al., 2010; Rashotte et al., 1997). De första dödsfallen sjuksköterskorna upplevde satte spår i hur de hanterade de efterföljande dödsfallen. En hemsk första upplevelse, utan större stöd från kollegor, medförde att de bar med sig denna negativa känsla en lång tid framöver (Gerow et al., 2010; Rashotte et al., 1997). De erfarna sjuksköterskorna har en stor och viktig uppgift när en nyutbildad ställs inför sitt första dödsfall. Med sina erfarenheter och kompetens kan de ge stöd och genom att bara ”finnas där” inger de trygghet. Enligt Rädda barnen (2011) kan upplevelsen av tidigare dödsfall starkt påverka reaktionerna på efterkommande dödsfall och sorgen kan finnas kvar länge inombords. En sjuksköterska som varit med vid en fruktansvärt svår dödsbädd kan med stor sannolikhet intyga detta. En dödsbädd där patienten varit förtvivlad och rädd för döden, inte vågat dö och inte velat dö, utan bara skrikit ut sin ångest, är säkert något som är extra svårt att glömma.

Sjuksköterskorna beskrev också hur humorn kunde vara till hjälp för att hantera sorgen (Hopkinson et al., 2004; McNamara et al., 1995). Genom att skämta och skratta om svårigheterna upplevde många att de fick utlopp för sina känslor och de mårde bättre (Hopkinson et al., 2004). De känslor som en sjuksköterska kan känna när en patient dör kan säkert vara omvälvande och behöver få utlopp. Skratt och gråt ligger så nära varandra, att vissa kanske gråter medan andra istället tar till skratt och humor för att hantera det svåra. Det är inget som säger att det ena är mer rätt än det andra. Det är inte förvånande att sjuksköterskor använder humorn för att hantera det svåra i stunden utan troligtvis nödvändigt för några. I en miljö där sorg existerar behövs en motpol; glädje. Denna glädje kan kanske skapas i humorn.

## **SLUTSATS**

Resultatet visar att sjuksköterskan hanterar sin sorg på flera olika sätt. Det mest framträdande stödet i de studier som ligger till grund för uppsatsen, var det kollegiala stödet. Detta stöd var många gånger mer betydelsefullt än familjen och vännernas. Kollegorna kunde lättare förstå sorgen och upplevelserna som kunde uppstå efter ett dödsfall eftersom de arbetade i samma miljö. Familjen och vännerna kunde inte på samma vis sätta sig in i situationen och visa samma förståelse för det sjuksköterskan upplevde. Sjuksköterskan betonade vikten av att hålla den professionella distansen till patienten och dennes närstående för att inte känslomässigt involveras för mycket. Upplevelsen av sorg efter en patients död blev på detta sätt inte lika påtaglig. Det framkom också att sjuksköterskans egen attityd och tankar omkring döden påverkade sättet att hantera den eventuella sorgen.

## **KLINISKA IMPLIKATIONER**

Uppsatsens resultat ger en djupare förståelse för hur sjuksköterskan hanterar sorgen som kan kännas efter ett dödsfall och den tydliggör också ett stort behov av mer forskning inom ämnet. Det är förvånande att det inte finns mer forskning kring sjuksköterskans egen sorg. Vår förhoppning är, att om mer forskning i detta ämne görs kan det medföra att undervisning i ämnet ges på sjuksköterskeutbildningen. Idag ges ingen sådan undervisning. Om detta viktiga ämne blir en del i sjuksköterskeutbildningen, är vi övertygade om att nyfärdiga sjuksköterskor skulle känna sig mer förberedda inför att komma ut i arbetslivet.

## REFERENSER

Albinsson, L. & Strang, P. (2005). Ångest och depression i palliativ vård. I: Beck-Friis, B. & Strang, P. (red.), *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.

Beck-Friis, B. (1990). *Vård i livets slutskede*: underlag till vårdprogram. Malmö: Utbildningsproduktion.

Beck-Friis, B. (2011). Omhändertagande av den döde. I: *Vårdhandboken*. Hämtad 27 september, 2012, från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Dodsfall-atgarder-inom-halso--och-sjukvard/Omhändertagande-av-den-dode/>

Birch, A. (2001). *Dödens biologi*. Uppsala: Fagerströms förlag.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturöversikt. I: Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.

Friedrichsen, M. (2005). Sjuksköterskan i den palliativa vården – en roll av anpassning och balans. I: Beck-Friis, B. (red.), *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.

Gerow, L., Conejo, RN., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S. & Williams Domain, E. (2010). Creating a curtain of protection: Nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of Nursing Scholarship*. 42(2), 122-129.

Hopkinson, J B., Hallett, C H. & Luker, K A. (2004). Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*. 42, 125-133.

Karlsson, L. (2007). Stress. *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur AB.

Kolf, J C. (2001). Att vara vårdgivare. I: Kolf, J C. *Tröst och omvårdnad i livets slutskede, Hur man stöder den sjuke och vårdgivaren*. Lysekil: Slussens bokförlag.

Lindqvist, O. & Rasmussen, B H. (2009). Omvårdnad i livets slutskede. I: Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur AB.

Lundin, T. (2005). Den oundvikliga sorgen. I: Beck-Friis, B. & Strang, P. (red.), *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.

Mathisen, J. Livets slut. (2005). I: Kristoffersen, N J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (red.), *Grundläggande omvårdnad*. Stockholm: Liber AB.

McNamara, B., Waddell, C. & Colvin, M. (1995). Threats to the good death: the cultural context of stress and coping among hospice nurses. *Sociology of Health & Illness*. 17(2), 222-244.

Ottosson, J-O. (2012). Sorg. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 27 september, 2012, från <http://www.ne.se/lang/sorg>

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P-C., Kershek, S., et al. (2010). Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. *International Journal of Palliative Nursing*. 16(9), 432-438.

Rashotte, J., Fothergill-Bourbonnais, F. & Chamberlain, M. (1997). Pediatric intensive care nurses and their grief experiences: A phenomenological study. *Heart and Lung*. 26(5), 372-386.

Rädda barnen. (2011). *Vad är sorg?* Hämtad 27 september, 2012, från <http://www.rb.se/vartarbete/isverige/barnisorg/Pages/Vadarsorg.aspx>

Segesten, K. (2006). Att välja modell för sitt examensarbete. I: Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 18 september, 2012, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

Shorter, M. & Stayt, L C. (2009). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of advanced nursing*. 66(1), 159-167.

Sjukvårdsrådgivningen 1177. (2011). Sorg. Hämtad 27 september, 2012, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Liv-och-halsa/Kriser/Sorg/>

Socialstyrelsen 2005:10. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande av människans död. Hämtad 18 september, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-10>

Spencer, L. (1994). How do nurses deal with their own grief when a patient dies on an intensive care unit, and what help can be given to enable them to overcome their grief effectively? *Journal of Advanced Nursing*. 19, 1141-1140.

Vetenskapsrådet. (2012). *Oredlighet i forskningen*. Hämtad 4 oktober, 2012, från <http://www.vr.se/etik/oredlighetiforskningen.4.9232df81081e742f7e800049.html>

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I: Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.

## Bilaga 1 – Artikelpresentation

**Titel:** *Creating a Curtain of Protection: Nurses' Experiences of Grief Following Patient Death*

**Författare:** Gerow, L., Conejo, RN., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S. & Williams Domain, E.

**Publikationsår:** 2010

**Tidskrift:** Journal of Nursing Scholarship

**Land:** USA

**Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter i samband med en patients död och vilka copingstrategier de använder efter dödsfallet

**Metod:** Kvalitativ studie. Intervjuer med 11 sjuksköterskor.

**Resultat:** 5 teman identifierades: God relation till patientens familj, Känslomässigt svårt att vara involverad, Svårt att vara ny sjuksköterska, Kollegor att prata med, Upplevd press att inte få sörja

**Titel:** *Everyday death: How do nurses cope with caring for dying people in hospital*

**Författare:** Hopkinson, J B., Hallett, C H. & Luker, K A.

**Publikationsår:** 2004

**Tidskrift:** International Journal of Nursing Studies

**Land:** UK

**Syfte:** Att undersöka hur nyutexaminerade sjuksköterskor klarar av att ta hand om döende patienter på akuta vårdavdelningar och hur sjuksköterskan på bästa sätt kan stödjas.

**Metod:** Kvalitativ studie. Intervjuer med 32 sjuksköterskor.

**Resultat:** 5 teman identifierades: Förståelse i arbetsteamet, Närstående bra stöd, Skönt att skämta, Balans mellan känslor och professionalitet, Erfarenhet

**Titel:** *Threats to the good death: the cultural context of stress and coping among hospice nurses*

**Författare:** McNamara, B., Waddell, C. & Colvin, M.

**Publikationsår:** 1995

**Tidskrift:** Sociology of Health A Illness

**Land:** Australia

**Syfte:** Att undersöka hur sjuksköterskor uppfattar stress på sitt arbete och hur döende patienter påverkar sjuksköterskan samt hur han/hon i sin tur hanterar det.

**Metod:** Kvalitativ studie. Intervjuer med 22 sjuksköterskor.

**Resultat:** 2 teman identifierades: Positivt teamarbete, Humor

**Titel:** *Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying.*

**Författare:** Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P-C., Kershek, S., et al.

**Publikationsår:** 2010

**Tidskrift:** International Journal of Palliative Nursing

**Land:** USA

**Syfte:** Att undersöka vilka resurser sjuksköterskan använder sig av för att hantera döden

**Metod:** Kvalitativ studie. Intervjuer med 15 sjuksköterskor.

**Resultat:** 4 teman identifierades: Distans till patient, Stöd hos arbetskamrater, Erfarenhet av dödsfall, Stöd från patientens närstående

**Titel:** *Pediatric intensive care nurses and their grief experiences: A phenomenological study*

**Författare:** Rashotte, J., Fothergill-Bourbonnais, F. & Chamberlain, M.

**Publikationsår:** 1997

**Tidskrift:** Heart and Lung

**Land:** Canada

**Syfte:** Att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av sorg när en patient dör och hur han/hon hanterar denna.

**Metod:** Kvalitativ studie. Intervjuer med 6 sjuksköterskor.

**Resultat:** 6 teman identifierades: Lättare acceptera döden som erfaren sköterska, Skratta istället för att gråta, Prata med kollegor, Svårt som nyutbildad sjuksköterska, Balansgång mellan distans och närhet till patient, Lättare efter flera dödsfall

**Titel:** *Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit*

**Författare:** Shorter, M. & Stayt, L C.

**Publikationsår:** 2010

**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing

**Land:** UK

**Syfte:** Att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av sorg och hans/hennes copingmekanismer när en patient dör

**Metod:** Kvalitativ studie. Intervjuer med 8 sjuksköterskor.

**Resultat:** 3 teman identifierades: Stöttning av kollegor, Normalisering av döden, Känsломässigt avstånd

**Titel:** *How do nurses deal with their own grief when a patient dies on an intensive care unit, and what help can be given to enable them to overcome their grief effectively?*

**Författare:** Spencer, L.

**Publicationsår:** 1994

**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing

**Land:** UK

**Syfte:** Att undersöka hur sjuksköterskor kommer över sin egen sorg efter att en patient har dött

**Metod:** Kvantitativ och kvalitativ studie. Enkät till 72 sjuksköterskor och även en intervju med 10 av dessa sjuksköterskor.

**Resultat:** Tre teman framkom: Sorg vid dödsfall, Försöka att inte tänka på det som hänt, Diskussioner i arbetsgruppen